

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CRYSTIANE LOPES CASTRO

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM A PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CRYSTIANE LOPES CASTRO

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM A PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Andréa Mara Bernardes da Silva

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

O trabalho intitulado de **ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM A PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** autoria do aluno Crystiane Lopes Castro foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Ms. Andréa Mara Bernardes da Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

À Deus por ser minha fortaleza, meu refúgio, minha segurança nas batalhas da vida, onde a finalização desse curso de Especialização constitui-se uma vitória e uma das promessas cumpridas por ELE .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	15
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de internações por sexo, por AVC nos anos de 2011, 2012 e 2013, no Estado do Pará e na Região Metropolitana III.....	09
Tabela 2. Número de óbitos por sexo, por local de residência, em atendimento de urgência, por Acidente Vascular Cerebral nos anos de 2011, 2012, 2013, na Região metropolitana III.....	09

RESUMO

Introdução: O AVC no Mundo é a terceira causa de morte e no Brasil é a primeira. Diante desse problema de saúde pública a cada dia que passa o governo vem buscando meios de combater de forma mais eficiente principalmente no que diz respeito do protocolo de atendimento a esse tipo de paciente. **Objetivos:** - Identificar como se dá a assistência e condutas da enfermagem, que atuam diretamente nas salas de atendimentos de Urgência e Emergência diante de pacientes com Acidente Vascular Cerebral, enfatizando a qualidade dessa assistência, a utilização dos protocolos, fluxos e rotinas a serem seguidas no atendimento prestado aos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica. Para a busca dos artigos utilizou-se como descritores, na busca avançada, as palavras Acidente Vascular Cerebral e enfermagem no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde, por fazer parte desta as principais bases de dados utilizadas, como Scielo, BDENF e LILACS. **Resultados:** Observou-se que a Região Metropolitana III necessita implantar a Rede de Urgência e Emergência, onde a enfermagem contribui de certa forma demonstrando a importância dos primeiros cuidados e da abordagem realizada, onde a rapidez, eficácia e conhecimento técnico científicos são essências para o desempenho das ações.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a população vem passando por um crescimento no processo de envelhecimento. Segundo Moro et al, 2009 e Truelsen et al, 2006, esse crescimento deverá ser sentido e percebido nas próximas décadas uma vez que se espera um acréscimo da população idosa em até 300% nos países em desenvolvimento nos próximos 30 anos. E com esse crescimento têm-se também o aumento das doenças crônico degenerativas, especificamente as doenças cerebrovasculares (ALVES et al., 2007). Para Paschoal et al, 2008, Lloyd-Jones et al, 2010 o AVC hoje implica um dos grandes desafios do governo.

De acordo com OMS (2012) o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a terceira causa de morte em países desenvolvidos e na população brasileira e uma das principais responsáveis por causar aos pacientes seqüelas muitas das vezes irreversíveis, e caracteriza-se por ser uma das principais doenças que acometem a população idosa, estando entre as maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo. Indícios clínicos científicos vêm demonstrando que o tratamento hiper-agudo trombólise (ou seja, verificar história de trauma, cirurgia, hemorragia, AVC1, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), uso de anticoagulantes, o estado prévio funcional, presença de sintomas de alerta, realizar exames neurológicos, glicemia capilar, iniciar anti-hipertensivo, Eletrocardiograma, duplex cervical e craniano e risco de êmese) tem mostrado resultados positivos em pacientes após o Acidente Vascular Cerebral levando a um melhor aproveitamento do tratamento a esses pacientes.

Conforme Curioni, et al., 2009 demonstram que dependendo da região no Brasil o AVC pode a primeira ou segunda causa de morte. De posse dessa informação verificamos que no Estado do Pará no ano de 2013 foram registrados 5.011 pacientes que deram entrada com diagnóstico com AVC sendo que destes 945 vieram a óbito (DATASUS, 2013).

Para Makiyama et al., 2004; O'Sullivan; Schmitz, 2010 o AVC hoje responsável pela perda parcial ou total da funcionalidade motora e cognitiva em adultos, constitui-se em um problema de saúde coletiva, acarretando gastos muito grandes em reabilitação neurológica.

De acordo com GO, A. S. et al. 2013 o paciente com AVC agudo deva passar pela triagem prioritária seguindo o exemplo dos pacientes de infarto agudo do miocárdio, não importando quais as seqüelas.

No Brasil a linha de cuidado do AVC, foi instituída pela Portaria nº665 de 12 de abril de 2012 do Ministério da Saúde, que em parceria com a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, Academia Brasileira de Neurologia, Rede Brasil AVC e Associação Médica Brasileira montaram um MANUAL DE ROTINAS DE ATENÇÃO AO AVC, objetivando apresentar aos profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência de a usuários acometidos por Acidente Vascular Cerebral, quanto aos protocolos, escalas e orientações no manejo clínico, desde o atendimento inicial na Atenção Primária, passando pelo ambulatório, SAMU, pela sala de Estabilização, UPAs 24H até chegar às portas de hospitais de maior complexidade no atendimento.

Seguindo essas recomendações cabe verificar sinais vitais, nível de confusão mental, dormências no membro ou nos membros, a visão, a dificuldade ou não para andar, cefaléia, e outros sinais que sejam sugestivos ou apontem para um Acidente Vascular Cerebral agudo, checar se o Acidente Vascular Cerebral é hiperagudo, verificar a presença ou não de traumatismo craniano, de hemorragias e de posse dessas informações direcionar a conduta clínica e o tratamento.

O Estado do Pará não dispõe especificamente de um centro de atendimento de urgência e emergência voltado para pacientes com Acidente Vascular Cerebral, talvez por esse motivo o atendimento de urgência e emergência não tenha tanto êxito pelo fato de não possuir uma equipe multidisciplinar preparada para tal e sem falar de toda uma estrutura a disposição.

Neste sentido, o objetivo desta pesquisa é descrever a assistência prestada pela enfermagem atuante no setor de urgência e emergência, diante de um paciente com Acidente Vascular Cerebral, enfatizando a qualidade dessa assistência e a utilização de protocolos específicos para o atendimento.

O presente estudo se justifica através da inquietação em saber se a enfermagem conhece os protocolos de atendimento aos pacientes acometidos de Acidente Vascular Cerebral e se

assistência prestada a esses pacientes contribui para essa redução ou aumento do número de óbitos.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a OMS as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todo o mundo, o que configura um problema de saúde pública. E dentro desse cenário encontramos o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que vem sendo um dos principais artistas não só por apresentar uma alta taxa de morte, mais também por apresentar elevadas taxas de incapacitação e morbidade.

Por esse motivo é relevante que o diagnóstico do Acidente Vascular Cerebral seja rápido, ocorra a diagnóstico seguindo as janelas de tempo, sem falar da percepção da enfermagem que estarão a frente do atendimento, para que durante o diagnóstico não nos deparemos com vários falsos negativos.

Este estudo tem por objetivo analisar essa assistência e condutas diante de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral que chegaram nas salas de atendimento de Urgência e Emergência da Região Metropolitana III em 2013, e como fazer para otimizar cada vez mais esses atendimentos até o diagnóstico de forma mais rápida e precisa evitando-se assim o aumento das taxas de morbidade e a incapacidade de muitos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Identificar como se dá a assistência e condutas da enfermagem, que atuam diretamente nas salas de atendimentos de Urgência e Emergência diante de pacientes com Acidente Vascular Cerebral , enfatizando a qualidade dessa assistência, a utilização dos protocolos , fluxos e rotinas a serem seguidas no atendimento prestado aos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral isquêmicos ou hemorrágicos atendidos e 2013 em situação de urgência e emergência na Região Metropolitana III.

3.2 Objetivo Específico

- Verificar se as ações desenvolvidas pela Enfermagem estão de acordo com o preconizado pelo Manual de Rotinas de Atenção ao AVC.

-Implantar um protocolo de atendimento de Acidente Vascular Cerebral nas salas de atendimento de Urgência e Emergência da Região Metropolitana III.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

O acidente vascular cerebral também é conhecido como acidente vascular encefálico é disfunção cerebral focal de início agudo e duração superior a 24 horas levando à morte, sem causa aparente que não de origem vascular (Gomes, 1998 e ESO, 2008).

As causas são multifatoriais e estão divididos em: os não modificáveis e os modificáveis. Dentre os não modificáveis encontramos: os fatores sócio-econômicos, a raça e os modificáveis destacamos: fumo, hipertensão e diabetes mellitus. Além disso, o AVC pode ser: AVCi, Acidente vascular cerebral isquêmico ou anóxico-isquêmico – é a diminuição ou bloqueio parcial ou total do fluxo sanguíneo cerebral ocasionando um dano cerebral e por vezes neural (Caplan, 2009) e AVCh ou Acidente vascular cerebral hemorrágico - é quando ocorre acúmulo de sangue e este por sua vez extravasa para a parte interna ou ao redor do sistema nervoso central (Charles, 2000).

Segundo Caplan, 2012; Reid, et al, 2012 e Martins, 2012 o trombo ocasionando a trombose é responsável pela obstrução de grandes vasos o que pode ser originado por uma aterosclerose da carótida interna ou intracranial ou extracranial. Já os pequenos vasos eles podem vir a acontecer através da degeneração fibrinóide e lipohialinose.

O AVCi embólico normalmente se inicia de forma inesperada com desestabilização do êmbolo e com sintomas que variam de acordo com a região acometida e de acordo com a movimentação do êmbolo os sintomas podem ser atenuados ou até mesmo agravados (Caplan, 2012). Com o passar do tempo observou-se 4 tipos de AVCi que foram classificados de acordo com a origem que são: aqueles de fonte desconhecida, os de fonte cardíaca conhecida, os de fonte cardíaca ou aórtica através de exames como: a ecocardiografia transtorácica ou transesofágica (Caplan, 2012).

Já os Acidentes Vasculares Cerebrais hemorrágicos (AVCh) são classificados em 2 de acordo com a sua localização temos: o subaracnóide que está relacionado ao sangramento do

Líquido céfalo-raquidiano (LCR) no próprio espaço subaracnóide e o intracerebral cujo sangramento é direto no parênquima cerebral. No AVCh subaracnóideo a hemorragia pode se originar de duas formas. A primeira faz menção a malformações vasculares na superfície cerebral e a outra se origina através da ruptura de um aneurisma, o que é muito comum em pelo menos 85% dos casos, em artérias da base do cérebro. E em grande parte dos casos esse sangue se mistura ao líquido céfalo-raquidiano fazendo com que a pressão intracraniana aumente. Esse sangramento pode ser rápido ou não e pode parar e retornar depois (Yew, 2009).

No caso AVCi com hemorragia intracerebral (HI) normalmente tem origem nas arteríolas cujo o destino imediato é o cérebro o que culmina na formação de hematoma em determinada região que posteriormente se dissipa através do parênquima cerebral. Esse tipo de hemorragia é multifatorial que vai desde a hipertensão, traumas, diátese hemorrágica, drogas ilícitas, deposição amilóide até malformações vasculares. Neste caso os sintomas estão relacionados diretamente com a localização e estes por sua vez podem aparecer rapidamente ou não. Dá mesma forma que o paciente pode vir sofrendo sucessivas microhemorragias sem nada sentir ou perceber o que torna cada vez maior a chance deste paciente apresentar dor de cabeça, vômitos, maior chance de seqüelas e evoluir a um óbito (Caplan, 2012).

Conforme supracitado há pouco a hemorragia subaracnóide se dá de forma repentina, com aumento da pressão intracraniana podendo levar a perda de memória e deficits de um modo geral. A dor de cabeça é característica em praticamente todos os casos de forte intensidade e podendo irradiar para toda a cabeça, costas e membros inferiores. Ao passo que na hemorragia intracraniana observa-se dor de cabeça (no início do quadro) e pode vir associada ao vômito (Caplan, 2012; Yew, 2009).

4.2 DIAGNÓSTICO

O quanto antes o diagnóstico for feito mais chances o paciente tem de vir a ser submetido ao tratamento mais eficiente, reduzindo a chance de seqüelas e até mesmo do óbito. Ao suspeitar de um AVC imediatamente a equipe que assiste ao paciente deve buscar cumprir o que reza o

protocolo de AVC, expresso através do Manual de Rotinas para atenção ao AVC, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com as Sociedades Brasileiras Doenças cerebrovasculares, Academia Brasileira de Neurologia, Rede Brasil AVC e Associação Médica Brasileira, e outros instrumentos como: NIHSS (ou escala de AVC do NIH); ROSIER (reconhecimento de AVC na sala de emergência) focando no atendimento e identificar de maneira correta o que acomete o paciente e no caso do AVC obedecendo às janelas de tempo (Yew, 2009; BRASIL, 2010).

Todos esses instrumentos foram criados com o intuito de padronizar o atendimento priorizando o diagnóstico preciso e rápido a fim de minimizar as seqüelas, as evoluções negativas desses pacientes e os óbitos. O NIHSS é um instrumento utilizado para avaliar quantitativamente os déficits neurológicos relacionados ao AVC cuja estrutura esta voltada a janela de tempo determinado de 5 a 8 minutos (Yew, 2009).

O manual de rotinas de atenção ao AVC elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com Sociedades Brasileiras foi proposto após constatarem o número alarmante de pacientes que davam entrada nos hospitais de atenção básica acometidos por AVC, e a pela observação direta da evolução desse quadro que inicialmente era simples e passava para quadros mais complexos e de difícil resolução. Todas essas observações detectaram a necessidade padronizar condutas de atendimento voltadas para esse público acometido.

Outra questão que cabe aqui levantar essencial e relevante para o desfecho do diagnóstico e tratamento são os exames complementares, que devem ser solicitados imediatamente a internação no hospital de atenção básica após a anamnese e o exame físico. Dentre estes podemos destacar: exames de função renal, ECG, glicemia capilar e eletrólitos séricos. Associados a eles tem também os exames de imagem como: tomografias e ressonâncias magnéticas.

4.3 TRATAMENTO

O tratamento vai depender diretamente do diagnóstico que por sua vez confirma e classifica o tipo do AVC. De acordo com a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (

2010) até que o diagnóstico seja confirmado existem algumas condutas ou procedimentos que podem ser adotados a fim de estabilizar o paciente, dentre elas destacamos: controle da pressão arterial (P.A), a fim de reduzir o sangramento; controle da glicemia, valores, $< 120\text{mg/dL}$, controle da temperatura; controle da hiperventilação e quando necessária usar a hemodiluição.

Para Lutsep, 2004 nos AVC h o maior problema se dá por conta dos sangramentos e todo o tratamento gira em torno de evitar o aumento do hematoma, evitar a hipovolemia periférica e evitar e prevenir as hemorragias.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica. Para a busca dos artigos utilizou-se como descritores, na busca avançada, as palavras Acidente Vascular Cerebral e enfermagem no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde, por fazer parte desta as principais bases de dados utilizadas, como Scielo, BDENF e LILACS. Na pesquisa inicial obteve-se 90 artigos. A partir daí foram utilizados filtros para a seleção de artigos que tivessem o texto completo disponível em bases de dados nacionais com a publicação entre o período de 2009 a 2013, resultando num total de 23 artigos. Também foi realizado uma busca direta no DATASUS. Após a seleção dos mesmos foi realizado a leitura analítica dos referidos artigos, fazendo os apontamentos necessários para o desenvolvimento do referencial teórico do trabalho.

5.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em relação às questões éticas da pesquisa, não houve a necessidade de submeter o mesmo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas houve a leitura analítica de dados já publicados e de domínio público acerca da temática.

6. RESULTADO E ANÁLISE

Os resultados apresentados correspondem aos atendimentos na sala de emergência, observados no sistema durante o desenvolvimento da pesquisa, de acordo com dados do DATASUS, 2013.

A Tabela 1 mostra o número de internações por Acidente Vascular Cerebral; e a tabela 2 mostra o número desses pacientes que evoluíram a óbito nos anos de 2011 a 2013.

INTERNAÇÕES POR AVC		2011	2012	2013	TOTAL
Pará	masculino	2.190	2.384	2.580	7.154
	feminino	2.148	2.203	2.431	6.782
Metropolitana III	masculino	185	204	302	691
	feminino	195	206	271	672

OBITOS POR AVC		2011	2012	2013	TOTAL
Pará	masculino	383	476	503	1.362
	feminino	357	413	442	1.212
Metropolitana III	masculino	37	53	54	144
	feminino	30	44	43	117

Fonte: Ministério da Saúde /Sistema de Informação sobre Mortalidade /SIM

7 DISCUSSÃO

De um modo geral a suspeita sobre AVC é levantada quando são observadas algumas alterações de comando ou alterações neurológicas, em alguns casos hemiplegia, paralisia em ambos os lados do corpo, dificuldades no falar, paralisias musculares que na sua maioria deixa grande parte dos pacientes acometidos com sequelas irreversíveis. Sequelas estas muitas das vezes pioradas pelo tempo de atendimento inadequado, falta de diagnóstico preciso e o pior muito comum e observado ao longo do estudo falta de estrutura adequada e uma equipe multidisciplinar devidamente treinada.

O estudo demonstrou que as dificuldades apresentadas pela enfermagem vem acompanhadas pela falta de conhecimento técnico científico, falta de exames desde os mais básicos até os de maior complexidade e principalmente as janelas de tempo que não são respeitadas, a não aplicabilidade dos protocolos de atendimento, a não utilização do acolhimento e classificação de risco.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto evidenciou-se que a Região Metropolitana III nos últimos vem apresentando variações quanto ao número de atendimento de pacientes com AVCs isquêmicos e ou hemorrágicos tanto em homens como em mulheres.

Porém o que se observa é uma grande demanda de atendimentos de urgência e emergência e a falta de uma equipe multidisciplinar apta para atender com todo conhecimento necessário e estrutura de exames laboratoriais e de imagens. Percebendo-se então que as janelas de tempo primordiais não são respeitadas ou seguidas, pois acabam esbarrando em informações erradas prestadas pelo acompanhante, pelo atendimento tardio, despreparo dos profissionais por não terem vivência com esses casos e falta de exames laboratoriais e de imagem necessários para fechar um diagnóstico preciso e rápido.

Por fim o Manual de atendimento de pacientes com AVC existe, porém não é seguido pelos profissionais atuantes nas salas de atendimento de Urgência e Emergência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 664, de 12 de Abril de 2012**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 8, p. 1924-1930. 2007.
- ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, 232p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências**. 2012.
- Caplan LR. **Basic pathology, anatomy, and pathophysiology of stroke**. In: Caplan's Stroke: A Clinical Approach, 4th ed, Saunders Elsevier, Philadelphia 2009. p.22.
- Caplan, Louis R., et al. **Etiology and classification of stroke**. Uptodate – Dezembro de 2012.
- CURIONI, C.; CUNHA, C. B.; VERAS, R. P.; ANDRÉ, C. The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. **Rev. Panam. Salud Publica**; v. 25, n. 1, p.9-15, 2009.
- EUROPEAN STROKE ORGANISATION (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack 2008. **Cerebrovasc Dis** 2008; 25:457-507.
- GO, A. S. et al. on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Heart disease and stroke statistics—2013 update: a report from the American Heart Association**. **Circulation**, v. 127, n. 1, p. e1-e240, 2013.
- Gomes, Marleide Da Mota et al . Emergency physician's diagnosis of stroke subtype: an accuracy study. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. São Paulo, v. 56, n. 3B, Sept. 1998.
- LLOYD-JONES, Donald M. Cardiovascular risk prediction basic concepts, current status, and future directions. **Circulation**, v. 121, n. 15, p. 1768-1777, 2010.
- Lutsep, Helmi L.. **Current Status of Hemorrhagic Stroke and Acute Nonthrombolytic Ischemic Stroke Treatment**. **Stroke**. 2004 Nov; 35 (11 Suppl 1):2746
- Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e seus cuidadores. **Acta Fisiatria**
- MARTINS, Herlon Saraiva; NETO, Rodrigo Antônio Brandão; NETO, Augusto Scalabrini; VELASCO, Irineu Tadeu. **Emergências Clínicas: Abordagem prática**. 5ª edição ampl. rev. Barueri SP: Manole, 2010.

Martins, SCO et al . Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part II: stroke treatment. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 70, n. 11, Nov. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco.** Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_acolhimento.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2014.

MORO, CHC; PONTES NETO, OM. Escalas de avaliação. In: MORO, CHC et al. Programa de aperfeiçoamento continuado no tratamento do acidente vascular cerebral – **PACTO AVC**. 2 ed. 2009, p 26-30.

O`Sullivan SB, Schmitz TJ. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 5th ed. São Paulo: Manole; 2010.

Paschoal SM, Jacob Filho W, Litvoc J. Development of Elderly Quality of Life Index--EqoLI: item reduction and distribution into dimensions. **Clinics** 2008; 63(2):179-88.

Reid J.M., et al. Non-stroke admissions to a hyperacute stroke unit. **Scott Med J**. 2012 Nov. 57(4):209-11

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO –SBH, Sociedade Brasileira de Cardiologia-SBC, Sociedade Brasileira de Nefrologia-SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Brás. Cardiol**. 2010; 95.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. Primeiro consenso brasileiro para trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. **Arq Neuropsiquiatr** 2002;

Truelsen T, Begg S, Mathers CD, Satoh T. *Global Burden of Cerebrovascular Disease in the Year 2000*. GBD 2000 Working Paper. WHO, Geneva, Switzerland, 2002. GBD 2000 Working Paper. Disponível em: < <http://www.who/evidence/bod>> Acesso em: 10 de maio de 2014

Yew, Kenneth S, Cheng, Eric. **Acute Stroke Diagnosis American Family Physician**, v 80, n 1: 33-40, Julho 2009.